

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SUMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
QUINTO AÑO

XV ✓  
Fesis  
C659.A  
2002

# TRATAMIENTO DE PSORIASIS

**Materia:** DERMATOLOGÍA

**Docente:** Dra ARACENA

**Alumno:** MIRCO COCA ROTAS.

Trabajo Aracena  
Aracena  
11-11-01  
Dra. Janet Aracena  
MEDICO-DERMATOLOGO a.i.  
S. S. U.

#20

Cochabamba - Bolivia

15 h.

# PSORIASIS



## ¿Que es?

Una enfermedad cutánea caracterizada por la presencia de placas eritematosas, bien delimitadas, cubiertas por escamas nacaradas, localizadas preferentemente en planos de extensión, como codos y rodillas, y en cuero cabelludo. Tiene un curso crónico y muestra una gran variabilidad tanto clínica como evolutiva. Así, existen cuadros clínicos con muy pocas lesiones y prácticamente asintomáticos, y otros generalizados acompañados de afectación ungueal y articular que ocasiona una gran discapacidad funcional.

## ¿Cuáles son sus causas?

No se sabe cuál es la causa de esta enfermedad, aunque se conocen una serie de factores genéticos que participan en su aparición y desarrollo, así como factores ambientales responsables del desencadenamiento de los brotes. La predisposición genética para padecer esta enfermedad viene asociada a la expresión de los antígenos de la clase I del sistema HLA Cw6, B13, B17, B27 Bw57 y de la clase II DRw7. Entre los factores desencadenantes de los brotes están: traumatismos; infecciones, como las de vías aéreas superiores provocadas por estreptococo beta-hemolítico; fármacos, como sales de litio, beta-bloqueantes, antimaláricos, antiinflamatorios no esteroideos o la interrupción brusca de la administración de corticoides; situaciones de mayor estrés emocional y factores metabólicos como estados de hipocalcemia o ingesta de alcohol.

## ¿Cuáles son sus síntomas?

Se presenta como una erupción monomorfa, simétrica, cuya lesión elemental es muy característica. Es una placa roja, bien delimitada, redondeada u oval, de tamaño variable, recubierta con abundantes escamas blanquecinas, nacaradas y finas. Cuando la lesión se localiza en pliegues, las escamas pueden estar ausentes. El raspado metódico de la lesión con una cucharilla dermatológica muestra tres signos característicos: se desprende gran número de escamas, muy similar a las que se salen al rascar una vela (signo de la mancha de cera); si se sigue raspando se desprende una película trasparente de epidermis (fenómeno de la membrana de Duncan-Buckley) y tras ella aparece un enrojecimiento brillante donde se aprecia un fino punteado hemorrágico (signo del rocío hemorrágico de Auspitz). En función del tamaño, localización, extensión y morfología de las lesiones se definen los distintos patrones clínicos: en placas o vulgar, en gotas, eritrodérmico, pustuloso generalizado (Von Zumbusch), pustuloso localizado con dos variantes la palmo-plantar (tipo Barber) y la



acrodermatitis continua (Hallopeau), lineal, invertido, de cuero cabelludo y artropático.

### ¿Quién puede padecerlo?

Es una enfermedad de distribución universal, sin predominio de sexo, que afecta al 1-3 por ciento de la población, sobre todo de raza blanca. En la mayoría de los casos, comienza en la tercera década de la vida, siendo infrecuente en la primera década y en la ancianidad y excepcional de forma congénita. Con cierta frecuencia encontramos antecedentes familiares.

### ¿Cómo se diagnostica?

En general el diagnóstico es clínico y en pocas ocasiones es necesario recurrir a una biopsia para confirmarlo. El diagnóstico diferencial se ha de realizar con otras dermatosis como eccema numular, dermatofitosis, pitiriasis rosada, pitiriasis liquenoide crónica, dermatosis pustulosa subcórnea, eccema dishidrotico, intertrigo candidiósico, pénfigo benigno familiar, dermatitis seborreica, lupus eritematoso discoide crónico, pitiriasis rubra pilaris, eccema atópico y linfoma cutáneo de células T entre otros.

### Resumen

La psoriasis es una enfermedad compleja que afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes. Las actitudes terapéuticas deben dirigirse tanto a los aspectos psico-sociales como físicos de la enfermedad. Resulta útil clasificar a la psoriasis en formas localizadas y generalizada, para facilitar la elección terapéutica. En ambos casos, la finalidad del tratamiento, debe incluir tanto un rápido control de la enfermedad, como un tratamiento de mantenimiento. Para formas localizadas, los estudios recientes, sugieren el uso combinado de corticoides tópicos, con otros tratamientos distintos de los corticoides ( calcipotriol o tazaroteno tópicos). En las formas generalizadas de la enfermedad, la fototerapia UVB es un tratamiento efectivo que permite un rápido control y un mantenimiento a largo plazo. Las dosis bajas de acitretina (25 mg diarios ó 2 veces al día) potencian tanto la fototerapia UVB como la PUVA. En los pacientes que no responden a fototerapia, o no pueden realizar regularmente el tratamiento previo, el metotrexato es una alternativa eficaz. La ciclosporina se utiliza especialmente para tratamientos de corta duración o reagudizaciones, pero debe ser sustituido por otras alternativas para el mantenimiento a largo plazo. Otros fármacos que pueden emplearse en formas de psoriasis generalizada incluyen la hidroxiurea y el micofenolato mofetilo.

### Introducción

La psoriasis es una enfermedad compleja, un fenómeno multigénico en el cual ciertas infecciones, fármacos, hábitos (alcohol, cigarrillos) pueden jugar un papel importante como desencadenantes. En las exacerbaciones, los pacientes presentan puntos en común, independientemente del papel que pueda jugar el estrés. La sequedad cutánea parece influir como otras agresiones cutáneas, como inicio de fenómenos de "Koebnerización". Los factores psico-sociales como el estrés, alcohol u otros factores desencadenantes, deben tenerse en cuenta cuando se inicia el tratamiento de la psoriasis.

### Calidad de vida en psoriasis

Existe un auge en la investigación de la calidad de vida en todos los campos de la medicina, la psoriasis influye en muchos aspectos de las relaciones salud y calidad de vida

En mi población de referencia, muchos de mis pacientes ocupan una hora al día en cuidados de su psoriasis y usan numerosos tratamientos (incluyendo medicinas alternativas). El tratamiento de la psoriasis es costoso, tanto económicamente como psicológicamente. El veinticinco por ciento de nuestra población de pacientes con psoriasis manifestaron en algún momento de su enfermedad deseos de morir a causa de su enfermedad. El ochenta por ciento de los pacientes con psoriasis refieren que el estrés empeora su psoriasis y muchos sienten que su psoriasis representa un factor estresante "perse". Los aspectos puntuales de la enfermedad que son particularmente preocupantes para los pacientes incluyen el picor, aspecto externo, las lesiones costrosas y la incapacidad de los pacientes para el control de su propia enfermedad. Un dermatólogo competente debe orientar adecuadamente todos los aspectos específicos de la enfermedad en cada paciente.

La disminución en la calidad de vida en pacientes que padecen psoriasis es comparable a la que ocurre en otras enfermedades. Dentro de los parámetros que relacionan salud con calidad de vida, la psoriasis tiene menos peso que la insuficiencia cardíaca congestiva, pero más que la hipertensión, diabetes, seguimiento de infarto de miocardio, y depresión. En cualquier caso dentro de las dimensiones psicológicas de la relación salud calidad de vida, la psoriasis fue considerada peor que cualquiera de las patologías citadas excepto la depresión. Estas observaciones no sólo tienen importancia por la psoriasis en si, sino también por las otras enfermedades dermatológicas. Éstos no sólo son problemas cosméticos; estas enfermedades causan reducciones cuantificables en la relación salud calidad de vida. Es importante que los dermatólogos animen a sus pacientes a agruparse en organizaciones que ayuden a sus fines.

### **Objetivos terapéuticos**

Resulta útil plantear con los pacientes metas reales que deben ser logrados mediante los tratamientos. Generalmente, la meta de la total curación no es real; pocos pacientes consiguen aclaramientos prolongados. Para minimizar reacciones farmacológicas adversas, es más seguro intentar reducir la psoriasis a niveles aceptables, que maximizar dosis farmacológicas en un intento de buscar curaciones completas. En la histopatológica de las lesiones de psoriasis se observa inflamación, hiperproliferación de queratinocitos y dilatación vascular, ofreciendo múltiples objetivos sobre los que poder actuar. Frecuentemente, una combinación de modalidades pueden ser útiles para mejorar el efecto terapéutico y minimizar los efectos adversos resultantes del excesivo uso de un solo tratamiento.

### **Tratamiento de la psoriasis localizada**

#### **Tabla 1: Tratamiento para psoriasis localizada**

- Brea
- Corticoides tópicos
- Calcipotriol tópico
- Tazaroteno tópico
- Antralina (Tratamiento de contacto breve)



- Corticoides oclusivos (Cordan tape)
- Triamcinolona intralesional

Para la elección terapéutica, podemos definir psoriasis localizada cuando el paciente se muestra colaborador para aplicar tratamiento tópico a todas las lesiones (generalmente menos del 20% de la superficie corporal). El tratamiento de elección para psoriasis localizadas incluyen preparaciones de breas, corticoides tópicos, calcipotriol tópico, tazaroteno tópico (Tazorac® Zorac®) y antralina (Tabla 1). Otros tratamientos usados incluyen corticoides tópicos oclusivos para lesiones de psoriasis crónicas y excoriadas, y triamcinolona intralesional para lesiones muy refractarias y localizadas.

### **Brea**

Las breas tienen una eficacia limitada pudiendo usarse a la noche y alternando corticoides tópicos durante el día. Se publican continuos "avances" en el tratamiento con breas, pero pocos basados en la evidencia científica que demuestren que los nuevos preparados son mejores que los ya existentes. Por ejemplo, los pacientes pueden conocer algo sobre el preparado Exorex, una brea con extracto de cáscara de banana. Un estudio de mercado sugiere que puede ser tan efectivo como calcipotriol tópico, sin embargo el estudio realizado incluyó un número tan pequeño de pacientes que las conclusiones no pueden considerarse como válidas, pudiendo ser erróneas.

### **Corticoides tópicos**

Los corticoides tópicos son un pilar en el tratamiento de la psoriasis localizada y se utilizan según su potencia en la localización más indicada. "Skin Cap®" según parece un milagroso producto OTC, que contenía solamente piritionato de Zinc, fue retirado del mercado cuando se demostró que contenía propionato de clobetasol. La compañía que comercializaba "DermaZinc®", en un esfuerzo por popularizar el producto, obvió en su composición que contenía clobetasol. No disponemos de estudios comparativos de la eficacia de estos productos compuestos con los preparados comerciales que contienen clobetasol. De todos modos los estudios clínicos de soluciones de clobetasol tópico (Temovate scalp®) demuestran que el 80% de los pacientes presentan del 80-100% de mejoría en solamente 2 semanas. Puede ser difícil demostrar aumentos de la eficacia con compuestos como Derma Zinc®.

#### **Tabla 2: Corticoides tópicos**

- La Eficacia depende del compromiso
- Para la afectación de cuero cabelludo considerar vehículos aceite/grasa
- En lesiones hiperqueratósica pueden mezclarse con ácido salicílico
- Si existe dermatitis subyacente su uso causa fenómeno de Koebner o por superposición liquen simple crónico

Otro avances en el área de los corticoides tópicos para el tratamiento de la psoriasis es

el desarrollo de valerato de betametasona en un nuevo vehículo graso como sistema de aplicación (Luxiq®). Este sistema se desarrolló y aprobó para el tratamiento del cuero cabelludo, la aceptación de los pacientes por este vehículo es alta y no existe razón para no poder usar este tipo de preparado en otros lugares diferentes del cuero cabelludo. Los preparados grasos se funden cuando estos se extienden a temperatura corporal, la extensión de los preparados esteroideos debe realizarse sobre el cuero cabelludo y no sobre el pelo. En corticoides de media potencia para la misma cantidad su precio es el mismo independiente de la marca, pero los envases son de 100gr. Además, éste parece que cubre aproximadamente la misma superficie corporal que otros corticoides tópicos cuando se comparan gramo por gramo. Es muy fácil de aplicar.

### **Calcipotriol tópico (Dovonex®, Daivonex®)**

El calcipotriol tópico estuvo disponible en Estados Unidos en 1994. En el estudio original diseñado para demostrar su eficacia, el medicamento se usó en monoterapia aplicado dos veces al día, demostró similar eficacia a la pomada de fluocinolona. De todos modos, los efectos de la droga se produjeron más lentamente que los vistos con la clase I o II de corticoides tópicos y necesitaron 8 a 12 semanas para alcanzar el efecto máximo. Además, efectos secundarios como la irritación ocurrieron en el 10-15% de los pacientes. En la práctica clínica, muchos pacientes no son capaces de mantener un tratamiento durante 8 a 12 semanas hasta ver el máximo de resultados, y los pacientes suspenden inmediatamente su aplicación si observan efectos secundarios de irritación. La utilización de calcipotriol tópico combinado con corticoides tópicos, facilita una rápida mejoría de la psoriasis y evita los efectos secundarios de irritación. La mejor combinación ha sido con halobetasol (Ultravate®). La utilización conjunta de halobetasol en crema o ungüento o halcionido (Halog®) con solución capilar de calcipotriol no ha demostrado la inactivación del calcipotriol, aunque sí puede que ocurra con algún otro corticoide. Además, el calcipotriol no se debe usar combinado con ácido salicílico u otros productos ácidos, ya que es rápidamente inactivado en un medio ácido. Una forma segura y efectiva de tratar psoriasis localizada es aplicar de forma combinada calcipotriol tópico y halobetasol tópico dos veces al día. En 2 semanas puede esperarse una rápida mejoría, más rápida que cuando usamos solas estas drogas. Cuando se ha conseguido una importante mejoría, es aconsejable abandonar los corticoides lo más rápidamente posible. Una forma de hacerlo puede ser utilizar durante el fin de semana los corticoides tópicos mientras se continúa aplicando dos veces al día calcipotriol tópico y posteriormente abandonar definitivamente los corticoides tópicos.

#### **Tabla 3: Calcipotriol tópico**

- Utilizar preferentemente asociado a un corticoide tópico potente
- Representa uno de los tratamientos más seguros de la psoriasis (considerarlo para uso pediátrico o en pacientes con infección HIV)
- No se necesita monitorización con dosis inferiores a 120 gr./semana (En niños dosis menores, basados en tablas de superficie corporal)
- No combinar con ácido salicílico u otros compuestos ácidos
- Combinado con UVB o PUVA es efectivo